FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

THESE 737

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Michel, Henri, Marie-Joseph BOUVET

Né le 21 Mai 1922, au Mans (Sarthe).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19NOV1947 19..

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU VOLVULUS DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Président : M. BROCQ, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

19NOV1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Michel, Henri, Marie-Joseph BOUVET

Né le 21 Mai 1922, au Mans (Sarthe).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU VOLVULUS DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Président : M. BROCQ, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN. BENARD (H.).
Cliniques médicales	CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique	
Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. BASSET. DE GAUDART D'ALLAINES. FUNCK-BRENTANO. GATELLIER. MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY. BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES. HAGUENAU. MOLLARET. MOUQUIN. TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BROCQ

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale
de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Docteur J. REIGNIER

Chirurgien-Adjoint à l'Hôpital du Mans

Qui nous a inspiré cette thèse.

Témoignage de notre vive gratitude.

A Monsieur le Docteur MAIGNAN

Chirurgien au Mans

Qui nous a aidé dans ce travail.

Avec nos remerciements.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX D'ANGERS

MONSIEUR LE PROFESSEUR DENECHAU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NAULLEAU.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUMARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NEDELEC.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AMSLER.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR F. GALLOUEDEC (- 1945)

Médecin-Directeur du Sanatorium de Parigné-l'Evêque (Sarthe)

AU DOCTEUR GUITTON

Médecin-Directeur du Sanatorium de Parigné-l'Evêque

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DU MANS

Monsieur le Docteur GRANVAL.

Monsieur le Docteur LEPAGE.

Monsieur le Docteur DUMAS.

Monsieur le Docteur CHARPENTIER.

INTRODUCTION

L'occasion nous ayant été récemment donnée d'observer deux cas de volvulus de la vésicule biliaire, il nous a semblé intéressant, étant donné la rareté de cette affection, de rapporter ces observations et de rappeler à ce propos les connaissances actuelles sur la torsion de la vésicule biliaire.

« Le volvulus de la vésicule est la torsion du réservoir biliaire autour de son pédicule » (Lucien LÉGER). Il existe une autre forme de volvulus (volvulus partiel) où le fond seul se tord sur le corps, généralement au niveau d'un rétrécissement préexistant (vésicule en sablier de BROCQ).

Après un bref historique de la question, nous rapporterons nos observations, puis nous envisagerons successivement l'étiologie, l'anatomo-pathologie, les mécanismes de torsion, la pathogénie, les divers types cliniques de volvulus, l'évolution et le pronostic, le diagnostic et enfin le traitement de cette affection.

HISTORIQUE

La première observation de volvulus de la vésicule biliaire fut publiée en 1898 par WENDEL. Max KRAHLEL publie en 1920 une mise au point de la question à propos de trois observations personnelles; il réunit douze cas dans la littérature médicale. Cette même année, GAUDIN ,de Nantes, publie la première observation française de torsion de la vésicule. A partir de 1924, les publications deviennent de plus en plus nombreuses. Le volvulus de la vésicule est mieux connu, et COSTANTINI, en 1930, peut réunir trente observations. C'est en 1931 que P. BROCQ, à propos d'une observation personnelle, relève trente-cinq cas connus; il a pu en étudier trente-deux : sur trente-deux cas il y a vingt guérisons, dix morts, deux résultats inconnus; on a pratiqué vingt-neuf fois la cholécystectomie : elle a donné 68,9 pour 100 de guérisons.

Depuis cette époque, les observations se sont multipliées. En France, retenons surtout les noms de DARAIGNEZ, LERICHE, PILVEN et SIMÉON, SOUPAULT, LATARJET. MAGNANT.

En 1945 paraît une étude détaillée sur le volvulus de la vésicule biliaire, par L. LÉGER, J. DEBEYRE et A. MAZINGARBE, étude qui fait le point des connaissances à ce sujet.

A l'étranger, nombreux sont les auteurs qui se sont intéressés à cette question. Les Italiens ont surtout étudié la question sur le plan expérimental (MAZZARELLI,

MASTROSIMONE). De nombreuses observations ont été publiées par les Allemands, les Anglais et les Américains.

Le travail d'ensemble de L. LÉGER, dont nous venons de parler, paru en 1945, portait sur quatre-vingt onze observations, dont trois personnelles. Depuis cette époque, à notre connaissance, deux cas nouveaux ont été publiés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Madame P..., Augustine, 73 ans, sans profession, entre le 18 octobre 1945 à vingt-trois heures à la clinique, pour syndrome péritonéal aigu.

Les accidents ont débuté brutalement la veille à quinze heures par une douleur violente sous-costale droite. La malade a eu un vomissement alimentaire. Son médecin, qu'elle a fait appeler immédiatement, lui fait, vers dix-neuf heures, une injection d'atropine et une autre de morphine, pensant qu'il s'agit de colique hépatique, bien que la malade n'ait jamais présenté d'accident semblable. Il se produit alors une rémission très nette qui dure dix heures. Le lendemain matin à cinq heures la douleur reprend, mais, cette fois, le traitement médical échoue. La malade vomit de nouveau, il y a un arrêt complet des matières et des gaz. Devant la persistance de ce tableau, qui va d'ailleurs en s'assombrissant d'heure en heure, le médecin traitant envoie sa malade en clinique chirurgicale où elle arrive le soir à vingt-trois heures.

A son entrée, nous constatons que nous avons affaire à une femme âgée, très maigre, ptosique. L'état général est très atteint : faciès excavé, température à 39°2, pouls à 140 encore assez bien frappé. La respiration est superficielle. Il existe un léger subictère. La malade souffre beaucoup au niveau de tout l'étage sus-ombilical ; les douleurs irradient vers l'épaule droite.

L'abdomen n'est pas météorisé. La palpation révèle une contracture de bois de l'hypocondre droit et de la région épigastrique avec très vive douleur à ce niveau. On ne peut sentir aucune masse, étant donnée l'intensité de la contracture. Il n'y a pas de disparition de la matité pré-hépatique. Le toucher vaginal est douloureux.

On ne relève aucun antécédent pathologique, en particulier aucune crise douloureuse rappelant celle dont la malade souffre actuellement.

Devant ce tableau, on pose le diagnostic de cholécystite aiguë vraisemblable, sans doute gangréneuse ou perforée, et on intervient sans plus tarder.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On trouve dans l'abdomen un peu de liquide louche. La vésicule se présente immédiatement, turgescente, du volume d'un œuf d'oie, couleur lie de vin. Il y a un long mésocyste dans lequel la vésicule s'est enroulée. Volvulus de un tour et demi dans le sens des aiguilles d'une montre. Cholécystectomie très facile. On place un drain sous-hépatique. Paroi au catgut chromé et crins.

Suites opératoires très simples. La malade sort le quinzième jour.

Actuellement, madame P... va bien ; elle n'a pas souffert depuis son intervention.

L'examen microscopique du liquide trouvé dans l'abdomen a montré qu'il contenait des polynucléaires mais pas de germes.

La vésicule avait des parois très épaissies, infarcies. Elle ne contenait pas de calcul, mais renfermait un liquide bilieux, purulent, très septique (colibacilles).

OBSERVATION II

Le 29 octobre 1946, vers vingt-et-une heures, Madame Le..., Eléonore, 74 ans, entre d'urgence à la clinique pour syndrome douloureux abdominal aigu. Le médecin qui l'envoie, pense qu'il s'agit d'une occlusion intestinale.

Le début des accidents remonte à la nuit précédente : après un après-midi passé à bêcher son jardin, la malade s'est couchée en bonne santé. A minuit, elle est réveillée brusquement par une violente douleur au niveau de l'hypocondre droit, douleur à type de coliques, sans irradiations particulières. Elle applique des compresses chaudes sur la région douloureuse, et la douleur va en s'atté-

nuant progressivement. Il n'y a pas eu de vomissement, ni même de nausées. Vers midi, nouvelle crise douloureuse plus violente que la première : à l'intensité près, le tableau est le même que la première fois. Cette fois, les compresses chaudes ne calment plus la douleur et la malade fait appeler le médecin. C'elui-ci voit la malade vers 19 heures. Il pose le dagnostic d'occlusion intestinale et envoie sa cliente d'urgence en clinique chirurgicale. La malade n'a toujours pas eu de vomissement, mais elle n'a eu, depuis le début des accidents, ni selle ni gaz.

L'interrogatoire nous apprend que cette femme a toujours été bien portante et qu'elle n'a jamais présenté de crises douloureuses semblables à celles d'aujourd'hui.

Nous sommes en présence d'une femme âgée, maigre ; l'état général est assez touché, cependant la température est à 37°, le pouls à 100, bien frappé, régulier.

L'abdomen est un peu météorisé. La palpation permet de noter une contracture très nette au niveau de la loge sous-phrénique droite ; on réveille par le palper une douleur exquise au niveau de la région vésiculaire ; la main qui palpe ne sent pas de masse, mais l'appréciation est rendue difficile par la contracture. Les touchers rectal et vaginal, restent négatifs.

En raison du début brutal, de la contracture localisée et de la douleur exquise de la région vésiculaire, on porte le diagnostic probable de perforation de la vésicule biliaire et on décide l'intervention d'urgence.

Anesthésie locale. On pratique une laparotomie paramédiane droite verticale qui découvre une vésicule du volume d'un œuf d'oie, se présentant sous la forme d'une masse ovoïde, de teinte aubergine, de consistance ferme. La vésicule est tordue sur son collet de 360° dans le sens inverse de la course des aiguilles d'une montre. Détorsion. Cholécystectomie rétrograde. On place un drain.

Les suites opératoires furent parfaites. La malade a quitté la clinique douze jours après l'intervention, rétablie.

Nous avons eu l'occasion de revoir la malade neuf mois après l'opération : la guérison était complète.

ETIOLOGIE

Nous commencerons ce chapitre par le rappel de quelques notions anatomiques indispensables pour la compréhension de l'étude qui va suivre :

— Normalement, le fond de la vésicule ne déborde pas en avant l'échancrure cystique du bord antérieur du foie.

— La face supérieure du corps de la vésicule est unie au foie par un tissu fibro-celluleux. La face inférieure du corps de la vésicule est tapissée par le péritoine. Celui-ci se continue directement le long des bords du corps et du fond de la vésicule avec le revêtement péritonéal de la face inférieure du foie. Il est très rare de voir la péritoine contourner les bords de la vésicule et former au-dessus d'elle un méso qui la relie à la face inférieure du foie (ROUVIÈRE) (5 pour 100 des sujets environ).

Ces quelques notions d'anatomie normale étant posées, abordons l'étude étiologique du volvulus de la vésicule biliaire. Nous distinguerons des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

Parmi les premières, les unes tiennent à une disposition anatomique particulière, d'autres au sexe et à l'âge, d'autres enfin à un état pathologique antérieur, ces diverses causes s'intriquant plus ou moins.

Pour se volvuler, la vésicule doit être — totalement ou partiellement — flottante. C'est là une condition

indispensable qui peut être réalisée par l'existence d'un long mésocyste. « La véritable vésicule flottante ne paraît pas une disposition anatomique, mais l'exagération pathologique d'un état anatomique » (L. Léger). Mésocyste ayant subi une lente distension mécanique, grosse vésicule flottante, voilà deux conditions qui trouveront pour se réaliser un terrain tout préparé chez les maigres et chez les ptosés. Il est remarquable, en effet, que presque toutes les observations de volvulus vésiculaire concernent des sujets maigres du type longiligne.

La maigreur favoriserait donc l'apparition du volvulus de la vésicule par un double mécanisme : d'une part, en produisant une ptose viscérale généralisée à laquelle participe la vésicule biliaire dans une certaine mesure par un processus de distension de son mésocyste, d'autre part, par la médiocrité de la sangle musculaire abdominale qui l'accompagne fréquemment. Cette déficience de la paroi abdominale, nous la trouverons surtout chez les vieillards amaigris, ce qui explique que, dans la plupart des cas, ce sont des vieillards qui sont atteints de volvulus vésiculaire. Plus de 50 pour 100 des cas observés sont survenus chez des sujets âgés de soixante-dix ans et plus.

L'observation prouve également que la femme paie un plus lourd tribut que l'homme à cette affection : cinquante-quatre femmes pour vingt hommes. C'est une notion maintenant bien établie que le volvulus de la vésicule biliaire est surtout une maladie de la femme âgée. Cependant, il y a des exceptions à toute règle, et nous avons pu retrouver dans la littérature médicale un certain nombre d'observations concernant des sujets jeunes de l'un et l'autre sexe. Cuervo signale deux cas survenus chez des enfants dont l'un était âgé de cinq ans. Dabadié a publié récemment une observation de volvulus de la vésicule biliaire chez un enfant de treize ans. Quels que soient l'âge et le sexe du malade, un fait sem-

ble à peu près constant, que nous avons déjà signalé plus haut : c'est la maigreur.

Parmi les dispositions anatomiques particulières pouvant prédisposer à la torsion vésiculaire, signalons encore l'anomalie d'implantation du cystique dans la vésicule : STRAUSS décrit un cas où le cystique correspond non pas à l'un des pôles de la vésicule, mais siège en son milieu. Dans deux cas de CALLISSANO, le point de naissance du canal cystique est un peu latéral par rapport au pôle proximal de la vésicule.

La lithiase biliaire favorise-t-elle le volvulus de la vésicule ? Il n'est pas possible de l'affirmer ; en tout cas, ce ne serait qu'une cause très contingente, puisque nous ne relevons la coexistence de volvulus vésiculaire et de lithiase biliaire que dans 22 pour 100 des cas de torsion de la vésicule. C'est peut-être en provoquant une augmentation du poids de la vésicule — et, partant, en favorisant l'allongement du mésocyste — que la présence de calculs ou de boue biliaire pourrait jouer un rôle, dont il ne faudrait d'ailleurs pas exagérer l'importance, dans l'étiologie du volvulus de la vésicule biliaire.

Il est rare que l'on puisse mettre en évidence les causes déterminantes du volvulus vésiculaire. La plupart du temps, on ne peut relever dans l'anamnèse aucun fait susceptible de retenir l'attention sur ce sujet. Quelques auteurs, cependant, ont mis en évidence dans l'histoire de leurs malades, des faits ayant précédé l'apparition du syndrome de torsion vésiculaire, et qui pourraient avoir déclenché cette torsion : une malade de F. KOCH a été surprise par une douleur épigastrique brutale — début des accidents de torsion — alors qu'elle était en train de laver. Une chute violente a précédé de quelques heures le début des accidents chez une malade de L. LÉGER. Une des malades dont nous rapportons l'observation a vu le début des accidents de torsion vésiculaire survenir après une journée de travail physi-

que inhabituel chez cette femme âgée : elle avait bêché son jardin tout l'après-midi. Quoi qu'il en soit, il est très rare que l'on puisse incriminer avec certitude un fait déterminé dans le déclenchement du volvulus de la vésicule.

ANATOMO-PATHOLOGIE

La vésicule biliaire volvulée revêt un aspect très spécial. Son volume est augmenté dans des proportions variables suivant les cas ; c'est ainsi que certains auteurs ont trouvé une vésicule présentant le volume d'un œuf de poule, d'un œuf d'oie, d'une aubergine. Certaines observations donnent même davantage de précisions : HERFARTH nous dit avoir trouvé la vésicule « deux fois plus longue que normalement ». VIGNOLI a constaté que, chez son malade, la vésicule avait un volume huit fois supérieur à la normale et qu'elle pesait 235 grammes. FREY a trouvé une vésicule « remplissant le ventre du petit bassin au diaphragme » et mesurant 35 × 25 × 12 cm. C'est dire que les constatations varient suivant les cas.

Comparée pour la forme à une poire, à une saucisse, à un rein, c'est encore de l'aubergine qu'elle se rapproche le plus dans la plupart des cas. A l'aubergine encore, elle emprunte souvent sa couleur, noirâtre avec des reflets aux tons sombres et variables.

Sa consistance est ferme. On a l'impression de palper une tumeur élastique, plus ou moins tendue. L'érectilité de cette tumeur, tendant à s'énucléer à travers l'issue créée par l'incision de la paroi abdominale, est notée par plusieurs auteurs (ROUBIER, DESBONNETS).

Donc, d'une façon toute générale, la vésicule volvulée se présente comme une grosse aubergine, noirâtre, brillante, ferme, tendue, plus ou moins érectile.

Le cystique et les vaisseaux enroulés forment un pédicule de consistance assez dure, du volume d'un crayon environ.

Dans quel sens s'effectue la torsion et quelle en est l'importance ? C'est assez variable, mais il faut reconnaître que la vésicule se tord le plus souvent dans le sens des aiguilles d'une montre (60 pour 100 des cas). L'ampleur de cette torsion — très variable également — peut aller de 90° à 1.440° (une observation). On note assez fréquemment une torsion de 360° (34 pour 100 des cas), ou de 180° (21 pour 100 des cas).

Les auteurs italiens, MAZZARELLI en particulier, se sont attachés à l'étude expérimentale des conséquences anatomo-pathologiques de la torsion vésiculaire sur le chien. Les résultats de ces expériences sont les suivants : jusqu'à 90° on n'observe que des troubles légers (œdème de la muqueuse et de la séreuse) ; les altérations deviennent plus importantes à partir de 180° : chute de l'épithélium de la muqueuse, congestion œdémateuse du foie ; la torsion à 360° détermine une nécrose presque totale de la vésicule ; à partir de 720° et jusqu'à 1.440°, la mort survient régulièrement. Pratiquement, ces considérations ne trouvent pas entièrement leur justification chez l'homme, puisqu'on peut constater dans de nombreux cas des altérations très importantes pour une torsion de 180° ou moins, et même des cas mortels (DAUX).

Microscopiquement, on constate en général une infiltration hémorragique de la paroi vésiculaire. On rencontre même des zones infarcies. On note également l'existence d'une vaso-dilatation ; les tissus sont infiltrés de leucocytes ; l'épithélium de la muqueuse a disparu.

Si l'on fend la vésicule, on peut se rendre compte que sa paroi est épaissie. En général, la vésicule contient un abondant liquide noirâtre, poisseux (bile et

sang). Ce liquide n'est pas toujours aseptique. Expérimentalement, MAZZARELLI a montré que, dans les vésicules tordues à moins de 180°, on n'obtient pas de développement de germes, tandis que ce développement devient constant au-dessus de cette torsion.

Nous n'insisterons pas ici sur l'aspect spécial réalisé par la torsion partielle de la vésicule : nous y reviendrons à propos de l'étude des mécanismes de torsion. Les lésions macroscopiques et microscopiques sont d'ailleurs les mêmes — mis à part le volume et la forme — que dans le volvulus total.

MECANISMES DE TORSION

Par quel mécanisme une grosse vésicule, totalement ou partiellement libre, pourra-t-elle se volvuler ? Disons tout d'abord qu'il n'y a pas un mécanisme, mais des mécanismes de torsion.

A propos d'un cas de volvulus de la vésicule biliaire, PILVEN et SIMÉON ont exposé, en 1939, leur théorie sur le mécanisme de cette torsion. Le volvulus de la vésicule, disent-ils, peut se faire de trois façons : si elle est rattachée au foie par un long mesocyste, elle peut se tordre en enroulant ce méso; si elle est complètement libre, elle peut se tordre, comme dans l'exemple cité par les auteurs, au niveau de son col ou du canal cystique; si enfin la vésicule est très grosse et déborde le foie, elle peut se volvuler à l'union de sa partie adhérente et de sa boursouflure libre; un rétrécissement favorise parfois cette forme de torsion, et réalise la « vésicule en sablier » de P. BROCQ.

Avec LÉGER, DEBEYRE et MAZINGARBE, nous reconnaîtrons plutôt deux grands types de volvulus de la vésicule : le volvulus total et le volvulus partiel.

Le volvulus total peut, lui-même, se produire de deux façons : existe-t-il un long mésocyste unissant d'une façon lâche la vésicule biliaire à la face inférieure du foie ? Le volvulus, alors, se produira par enroulement de la vésicule dans son mésocyste « comme un corps se roule dans un drap » (L. LÉGER). La vésicule, au contraire est-elle libre, ou le méso moins long, l'organe

étant presque entièrement entouré par le péritoine ? : la torsion se fera, dans ce cas, autour du col de la vésicule ou autour du canal cystique.

Quant au volvulus partiel, il exige pour se produire une grosse vésicule dont le fond, libre, déborde plus ou moins largement le bord antérieur du foie, tandis que la plus grande partie du corps de la vésicule reste adhérente au foie; c'est là le mécanisme de torsion que l'on décrit sur la vésicule en sablier de P. Brocq, dont nous avons déjà parlé.

En fait, les types de volvulus décrits dans la classification proposée par L. Léger ne diffèrent nullement de ceux que décrivent Pilven et Siméon. Le mérite de la division en volvulus totaux et volvulus partiels est de simplifier la question en permettant de faire rentrer tous les cas dans l'une ou l'autre catégorie.

Nous ne pouvons pas comparer la fréquence relative de tel mode de torsion avec tel autre, et ceci pour la raison que les auteurs, dans leurs observations, parlent, la plupart du temps, de « volvulus de la vésicule » sans indiquer avec précision quel était le type de torsion observé. Ceci, d'ailleurs, n'aurait vraiment d'intérêt que si le traitement devait différer suivant le mode de torsion, mais nous verrons plus loin que, en face d'une vésicule volvulée — quel que soit le type de volvulus — le chirurgien n'a pas à choisir : il doit faire une cholécystectomie.

PATHOGENIE

Toutes conditions prédisposantes d'ordre anatomique et autres étant réunies, quelles seront les influences qui produiront la torsion de la vésicule ? Autrement dit, quelle est la pathogénie du volvulus de la vésicule biliaire ?

Plusieurs théories ont été proposées, mais, pour la plupart, leur authenticité n'ayant pu être prouvée par les observations cliniques et expérimentales, elles sont tombées dans l'oubli.

Nous ne retiendrons parmi toutes ces explications que celle proposée par Brocq, actuellement admise par la grande majorité des auteurs. Ce serait le péristaltisme intestinal qui déterminerait la torsion de la vésicule biliaire.

Supposons une grosse vésicule, non coudée, présentant par ailleurs les conditions prédisposantes pour se volvuler. Cette grosse vésicule repose par sa face inférieure sur le côlon transverse. Le péristaltisme intestinal se faisant de droite à gauche, la vésicule tend donc à se tordre également de droite à gauche, donc dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.

Si nous envisageons maintenant le cas où la vésicule est coudée, il est facile de comprendre qu'elle repose sur le côlon transverse, non plus par sa face inférieure, mais par la face supérieure de sa portion coudée. Dans ces conditions, le péristaltisme intestinal se faisant

toujours de droite à gauche, la portion coudée de la vésicule est entraînée dans le même sens, tandis que l'autre portion de la vésicule se tord dans le sens opposé, donc contraire à celui des aiguilles d'une montre.

ETUDE CLINIQUE

Les diverses observations que nous avons pu compulser nous ont montré que le tableau clinique du volvulus de la vésicule biliaire n'est pas absolument uniforme. Il nous semble cependant possible de décrire une forme typique en réunissant les symptômes le plus couramment observés ainsi que le mode évolutif habituel.

De début habituellement brutal, le volvulus vésiculaire survient souvent chez une vieille femme amaigrie. Il s'annonce par une douleur abdominale violente dont l'intensité et le siège ont fréquemment égaré le diagnostic vers une perforation d'organe. De siège variable, la douleur aura souvent — mais non toujours — son maximum au niveau de l'hypocondre droit. Il est fréquent également de voir la douleur siéger dans la fosse iliaque droite, dans la région péri-ombilicale ou encore au niveau du creux épigastrique. Aussi variables que le siège de la douleur sont ses irradiations : scapulaires, lombaires, dorsales, etc... Ces douleurs sont, en général, peu modifiées par la morphine, et c'est là, pour Brocq, un caractère important. Cependant, une accalmie s'est produite chez notre première malade après une injection de morphine.

Il est fréquent de rencontrer dans les antécédents de ces malades de petites crises douloureuses du même type ayant cédé spontanément. De tous les signes fonctionnels, le plus constant est, sans conteste, la douleur.

Les vomissements sont fréquents. La plupart des observations les signalent. Leurs caractères n'ont rien

de particulier; ils sont alimentaires ou bilieux. Cependant, les vomissements ne constituent pas un élément constant de la symptomatologie du volvulus de la vésicule biliaire : certaines observations signalent leur absence (F. Koch). La malade de notre deuxième observation n'avait pas vomi ;elle n'avait même pas présenté de nausées.

Il existe parfois de la diarrhée, mais, plus fréquemment, on constate un aspect pseudo-occlusif avec arrêt des matières et des gaz : c'était le cas de nos deux malades qui, depuis le début des accidents, n'avaient eu ni selle ni gaz.

L'état général est plus ou moins touché suivant les cas. Il arrive que la violence de la douleur, au début, provoque un état syncopal de brève durée. La température, souvent un peu plus élevée que normalement, ne dépasse guère 39°. Il est habituel de rencontrer une température aux environs de 38°. Notre deuxième malade échappait à cette règle, puisque sa température prise avait l'intervention était de 37°. Par contre, il est intéressant de noter que le pouls est toujours accéléré; la plupart des observations mentionnent un pouls aux environs de 100. L'une de nos malades avait un pouls à 100, l'autre à 140.

Plus suggestifs que les signes fonctionnels et généraux sont les signes physiques.

L'inspection montre quelquefois un léger météorisme abdominal.

La palpation décèle presque toujours une contracture de siège variable mais correspondant à la région la plus douloureuse spontanément et au palper. On pourrait s'étonner de la variété de localisation de la douleur et de la contracture, mais il ne faut pas oublier que la vésicule volvulée est une grosse vésicule flottante, donc présentant des rapports anatomiques anormaux.

La contracture de l'hypocondre droit est la plus fré-

quente, mais il n'est pas extraordinaire de voir cette contracture localisée à la fosse iliaque droite ou au creux épigastrique, ce qui, d'ailleurs, favorise les erreurs de diagnostic.

Elément de diagnostic, la contracture apporte quelquefois une difficulté nouvelle à l'examen en rendant difficilement perceptible à la palpation la tuméfaction formée par la vésicule volvulée. De siège variable avec la position de la vésicule, la tuméfaction se présente le plus souvent comme une masse sous-hépatique de volume très variable (un œuf de poule, un œuf d'oie, deux poings...), mobile avec la respiration, mobilisable transversalement et quelquefois de haut en bas, et dont la matité se continue sans interruption avec celle du foie (ACKERMANN).

Cette masse, extrêmement douloureuse à la palpation, donne l'impression d'être tendue, plus ou moins élastique et de se trouver juste sous la paroi abdominale. Ce sont là, évidemment, des caractères typiques mais non constants. Assez souvent, le malade est vu à un moment où la contracture s'est constituée, masquant plus ou moins une masse dont les caractères — si elle est encore perceptible — sont peu nets.

Ajoutons que, à l'heure actuelle, la radiographie d'urgence de l'abdomen ne donne pas de renseignements très intéressants, en ce qui concerne le volvulus de la vésicule.

Dans tous les cas où une formule sanguine a été pratiquée, on a noté une leucocytose modérée avec polynucléose.

FORMES CLINIQUES.

Il est relativement rare de rencontrer le volvulus de la vésicule dans sa forme typique que nous venons de décrire. Plus souvent la torsion vésiculaire emprunte sa séméiologie à tel ou tel grand syndrome abdominal réalisant ainsi un tableau clinique qui contribue à égarer le diagnostic.

I. — D'après les symptômes, il nous semble possible de décrire deux formes cliniques principales : la forme pseudo-péritonéale et la forme pseudo-occlusive.

A. — Forme pseudo-péritonéale.

En l'absence de tuméfaction perceptible de la région vésiculaire, ce qui arrive surtout lorsque le malade est vu longtemps après le début des accidents, le tableau sera souvent celui d'une péritonite et l'on incriminera alors les organes habituellement en cause : la vésicule si la contracture siège au niveau de la loge sous-phrénique, l'appendice, l'estomac. Notons que, dans cette forme, les malades sont souvent opérés sur le diagnostic d'appendicite aiguë.

Nous rapportons ci-après quelques observations recueillies dans la littérature médicale, concernant cette forme clinique pseudo-péritonéale.

OBSERVATION I (PALLOTTI)

Un homme robuste âgé de 37 ans est pris au milieu de la nuit de douleurs très violentes de la région épigastrique avec irradia-

tions à l'épaule droite. Très rapidement s'établit un syndrome péritonéal qui fait décider l'opération d'urgence pour ulcère duodénal perforé. Il s'agit en réalité d'une torsion de la vésicule biliaire qui se présente avec un aspect noirâtre et tordue sur le cystique. La vésicule, couchée sous le foie, ne lui est unie par aucun méso. La torsion dans le sens des aiguilles d'une montre atteint deux tours complets. La cholécystectomie est suivie de guérison. Dans les antécédents il y avait deux crises antérieures qui peuvent être considérées comme des ébauches de torsion.

OBSERVATION II (Vignoli)

Un homme de 70 ans, est pris brusquement de violentes coliques qu'un purgatif accentue nettement. Arrêt des gaz et apparition de vomissements .Tout se calme dix heures plus tard après une abondante selle diarrhéique et spontanée. Mais la sédation est de courte durée puisque le malade est revu vingt heures plus tard souffrant à nouveau de la fosse iliaque droite. Vomissements, arrêt des gaz, température à 38°4, pouls à 100 et contracture abdominale droite imposent le diagnostic d'appendicite. A l'opération on découvre une énorme vésicule (8 fois le volume normal) tordue sur son pédicule cystique de droite à gauche sur 180°. Exérèse de cette vésicule d'un poids de 235 grammes. Guérison simple.

OBSERVATION III (Smook)

Femme de 71 ans. Rien dans les antécédents. Prise dans la nuit de violentes douleurs abdominales avec vomissements .Hypocondre droit douloureux. Défense musculaire au niveau de la fosse iliaque droite. Température : 39°. On porte le diagnostic d'appendicite aiguë. Laparotomie pararectale : appendice indemne ; par contre la vésicule biliaire se présente dans la plaie sous la forme d'une tumeur pirifome longue de 10 à 12 cm. et tordue sur son axe de 360°. Le mince pédicule qui la retient renferme l'artère cystique et le canal du même nom. Ligature sur ce pédicule. Exérèse. Drainage. Guérison sans complications.

OBSERVATION IV (W. Frey)

Homme de 27 ans, qui, depuis six ans, présente des crises douloureuses passagères dans la région gastrique. Dans la nuit précédente, crise beaucoup plus violente accompagnée de vomissements bilieux. Etat général grave, faciès péritonéal. Température : 38°5, leucocytose à 18.000. Ventre douloureux partout avec maximum à droite. Contracture intense. On opère avec le diagnostic d'appendicite. Il y a du liquide trouble sans odeur dans le ventre et une tumeur élastique. Par une incision médiane, on reconnaît que cette tumeur qui remplit le ventre, du petit bassin au diaphragme, est appendue au foie par une sorte de méso et tordue de 90° dans le sens des aiguilles d'une montre. C'est une énorme vésicule qui mesure 35 sur 25 sur 12 cm. La tumeur est détordue et enlevée. Guérison.

B. — Forme pseudo-occlusive.

Le volvulus vésiculaire peut également se présenter sous une forme pseudo-occlusive, avec météorisme abdominal, arrêt des matières et des gaz, vomissements abondants, péristaltisme intestinal. C'est cet aspect trompeur que revêtait notre deuxième malade lorsque son médecin la vit pour la première fois. L'observation que nous rapportons ci-dessous montre que la torsion vésiculaire peut revêtir la forme d'une occlusion intestinale.

OBSERVATION V (Stéphen Suggit)

Femme de 74 ans, qui présente un syndrome douloureux aigu de l'abdomen avec obstruction intestinale ayant fait porter le diagnostic de cancer de l'angle droit du côlon. La torsion vésiculaire est découverte à l'intervention. Le canal cystique présente trois tours de spire dans le sens des aiguilles d'une montre, et la vésicule est en voie de sphacèle. Cholécystectomie. Guérison.

II. — Suivant l'évolution, on peut distinguer une forme aiguë — celle que nous avons prise pour type de description — et une forme subaiguë dans laquelle les accidents douloureux ne revêtent pas une aussi grande intensité et évoluent beaucoup plus lentement.

A. — Forme aiguë.

Nous l'avons prise pour type de description. Notons seulement ici que, dans la forme aiguë, le début se fait parfois en deux temps : une première crise douloureuse s'atténue rapidement, mais l'accalmie ne dure que quelques heures après lesquelles la douleur reprend. Nous avons retrouvé dans la littérature médicale un certain nombre d'observations signalant ce début en deux temps. Les malades dont nous avons rapporté l'observation présentaient, elles aussi, cette particularité.

B. — Forme subaiguë.

Dans la forme subaiguë, certains malades ne sont opérés qu'après plusieurs mois, en dehors de toute crise paroxystique. Notons cependant que, souvent, ces formes subaiguës, tendant plus ou moins à la chronicité, se rencontrent surtout chez des sujets présentant une torsion incomplète de la vésicule biliaire.

Les quelques observations que nous rapportons ci-après, et que nous avons trouvées dans la littérature médicale, se rapportent à cette forme clinique.

OBSERVATION VI (Callissano)

Une femme de 18 ans, déjà opérée d'appendicectomie, souffre depuis quinze jours dans la région de la vésicule biliaire. Cette douleur évolue par accès au cours desquels on trouve une contracture

très nette ; dans l'intervalle des crises de contracture, on note la présence d'une grosse tuméfaction qui ne peut être que la vésicule. La cholécystographie est impossible par suite d'intolérance de la malade. L'opération faite avec le diagnostic de cholécystite rectifie le diagnostic : on se trouve en effet en présence d'une torsion partielle de la vésicule. Cet organe est muni d'un mésocyste situé au niveau du col, et c'est dans le tractus collo-cystique que se trouve la torsion à 90°, de droite à gauche. On fait une cholécystectomie suivie de guérison normale. On remarque que le point de naissance du canal cystique est un peu latéral par rapport au pôle proximal de la vésicule.

OBSERVATION VII (Callissano)

Il s'agit d'une femme de 40 ans qui souffre depuis un an au niveau de la vésicule : elle a remarqué que la douleur disparaît quand elle se couche sur le flanc droit. La vésicule est perçue sous la forme d'un organe piriforme douloureux ; en outre, la cholécystographie montre, après neuf heures, la vésicule remplie. Quant à l'évacuation elle s'accomplit avec retard et de manière incomplète. Du fait de l'aspect bilobé de l'image radiographique, on pense à une vésicule biloculée. L'opération montre le même aspect de torsion partielle que dans le cas précédent, mais la vésicule se laisse détordre facilement. L'origine du cystique est analogue au cas précédent. Cholécystectomie. Guérison.

OBSERVATION VIII (R. Leriche)

Femme de 46 ans, souffrant depuis un an de douleurs épigastriques siégeant à droite de la ligne médiane. Il s'agit d'une torsion de la vésicule sans lithiase surajoutée. Section de la vésicule au niveau du bassinet. Guérison.

III. — D'après les associations, nous pouvons décrire une forme réalisée par la coexistence de lithiase biliaire

et de volvulus de la vésicule. Chez des sujets ayant déjà présenté des crises de coliques hépatiques certaines, les accidents douloureux provoqués par le volvulus sont, plus que dans n'importe quel autre cas, susceptibles d'égarer le diagnostic. Nous avons déjà parlé de la fréquence relative de cette association lithiase-volvulus et du caractère très contingent accordé à la lithiase dans la production de la torsion vésiculaire.

Si cette division en formes cliniques multiples semble un peu artificielle, elle nous paraît cependant avoir quelque utilité : en rapprochant la séméiologie du volvulus de la vésicule de celle de grands syndromes cliniques fréquemment rencontrés, elle permettra au médecin averti de ne pas se laisser égarer par un tableau clinique qui, à première vue, lui semble banal.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

C'est l'observation de certains cas, où, pour des circonstances diverses, l'intervention n'a pu être immédiate, qui a permis de suivre l'évolution du volvulus vésiculaire non opéré. Comme nous l'avons vu à l'étude des formes cliniques, le volvulus peut se présenter sous la forme aiguë ou subaiguë.

Dans les formes aiguës, le tableau clinique s'aggrave à mesure que le temps s'écoule. BROCQ n'a pu opérer sa malade qu'à la trente-troisième heure, et c'est cette aggravation des symptômes qui a enfin décidé la famille à accepter une intervention proposée dès le début des accidents.

Malgré une intervention rapide, dès les premières heures, le chirurgien tombe parfois sur une vésicule nécrosée, menaçant de se perforer. D'autres fois, après trois ou même cinq jours d'attente (BUSCH), on trouve une vésicule volvulée présentant seulement des lésions congestives, sans menace de gangrène. Ceci explique que le volvulus de la vésicule puisse évoluer de façon subaiguë, puisque certains cas ne sont opérés qu'après plusieurs mois et en dehors de toute crise paroxystique.

Il découle de cette diversité dans le mode évolutif que le pronostic est difficile à porter; cependant on peut dire, d'une façon générale, que toute torsion vésiculaire aiguë non opérée comporte un pronostic très grave *quoad vitam*. Si l'intervention est acceptée, le pronostic devient alors surtout fonction de l'état général du sujet :

bien que l'on ait affaire en général à de vieilles femmes amaigries — donc terrain peu favorable — les statistiques montrent que 72 pour 100 des sujets opérés guérissent.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du volvulus de la vésicule est, en fait, un diagnostic d'intervention. Quelquefois les observateurs ont porté avant l'opération le diagnostic d'accidents vésiculaires ; souvent aussi, ils ont attribué à d'autres organes que la vésicule la production du syndrome douloureux abdominal aigu. KRAHLEL est le seul qui ait porté, avant l'intervention, un diagnostic exact, mais il avait à ce moment l'attention spécialement en éveil puisqu'il venait d'opérer un volvulus de la vésicule deux semaines auparavant.

Le diagnostic positif pourrait être posé en face d'un tableau clinique dont les éléments majeurs sont les suivants : douleur abdominale violente ayant débuté brusquement, peu modifiée par la morphine, siégeant dans la région de l'hypocondre droit, survenant chez une femme âgée, amaigrie ; vomissements, arrêt des matières et des gaz, température aux environs de 38°, pouls accéléré, perception au niveau de la région vésiculaire d'une contracture pariétale et d'une masse mobile avec la respiration.

Le diagnostic différentiel se pose avec un certain nombre d'affections, et, en particulier, avec celles qui se manifestent par un syndrome abdominal aigu.

La colique hépatique a aussi un début assez brusque, elle s'accompagne d'une violente douleur de l'hypocondre droit avec irradiations scapulaires droites, de vomissements, d'un état subfébrile, et quelquefois de

contracture de la région sous-phrénique. Mais elle survient souvent chez des femmes plus jeunes, et, à l'encontre du volvulus, les douleurs qu'elle provoque sont heureusement influencées par une injection de morphine. La notion d'autres coliques hépatiques antérieures peut aider au diagnostic, mais il ne faut pas oublier qu'on a pu attribuer à des coliques hépatiques un syndrome douloureux provoqué par une ébauche de torsion de la vésicule. Un ictère survenant après la crise plaiderait plutôt en faveur de la colique hépatique, bien que certains auteurs aient signalé dans le volvulus de la vésicule, l'un : « un faciès un peu jaune », l'autre : « un aspect subictérique ».

Dans certains cas, une cholécystite aiguë, un hydrocholécyste surtout, avec grosse vésicule tendue et douloureuse, demanderont à être discutés.

Lorsque la douleur et la contracture siègent au niveau de la fosse iliaque droite, que les irradiations douloureuses se font vers la région lombaire ou inguinale, on peut être amené à discuter la colique néphrétique. Là encore, la notion de coliques néphrétiques antérieures, la sensibilité à la morphine, la dysurie, l'hématurie quelquefois, contribueront à orienter vers ce dernier diagnostic. Au contraire, la présence d'une masse abdominale mobile avec la respiration, l'âge et le sexe du patient pourront faire penser à une torsion de la vésicule biliaire.

Le volvulus de la vésicule empruntant souvent en grande partie sa séméiologie au syndrome péritonéal, on devra examiner avec soin l'appendice, l'estomac et le duodénum, la vésicule.

Etant donné la fréquence de la contracture iliaque droite, la confusion est facile entre volvulus et appendicite aiguë. Il faut s'efforcer de reconnaître la présence d'une tuméfaction présentant les caractères déjà décrits de la vésicule volvulée; enfin, ces accidents douloureux

aigus survenant chez une vieille femme amaigrie devront rendre encore plus prudent avant d'affirmer qu'il s'agit d'une appendicite.

La contracture épigastrique, fréquente également au cours du volvulus de la vésicule, pourra donner le change avec une perforation gastrique ou duodénale. Il est très important, dans ce cas, d'interroger minutieusement le malade sur son passé pathologique : des troubles dyspeptiques à type d'ulcus gastrique ou duodénal, une radiographie récente et démonstrative, seront des éléments en faveur de la perforation d'ulcère.

La perforation vésiculaire peut donner aussi un tableau clinique très voisin de celui d'une torsion de la vésicule : notre deuxième malade nous en a fourni la preuve.

Si la torsion de la vésicule donne un tableau pseudo-occlusif, le diagnostic différentiel sera à faire avec les causes habituelles d'occlusion intestinale, en particulier avec le volvulus de l'intestin. La radioscopie et la radiographie de l'abdomen rendront alors les plus grands services.

Il faudra encore songer à la possibilité d'une hernie étranglée et examiner avec soin tous les orifices herniaires.

Chez une femme, il faudra aussi discuter l'éventualité d'une torsion de kyste de l'ovaire, d'où l'importance des antécédents. La perception d'une masse abdominale peut rendre hésitant entre un kyste de l'ovaire tordu et une grosse vésicule ectopique volvulée : l'intervention, urgente dans les deux cas, renseignera le chirurgien.

Ce sont là les principaux diagnostics à envisager, mais, répétons-le, le plus important est de diagnostiquer une affection chirurgicale impliquant une intervention urgente. C'est alors l'exploration de l'abdomen ouvert qui découvrira la vésicule volvulée avec ses caractères particuliers.

TRAITEMENT

Il n'y a qu'un seul traitement du volvulus de la vésicule : c'est la cholécystectomie.

Quelle incision choisir ? Croyant intervenir pour appendicite aiguë, plusieurs auteurs ont pratiqué soit une incision pararectale, soit une incision de Mac BURNEY. Mais, si nous supposons le diagnostic posé avant l'opération, l'incision la plus favorable est la médiane sus-ombilicale (L. LÉGER). Après détorsion de la vésicule, il faut faire une cholécystectomie, soit d'avant en arrière, soit rétrograde, suivant les cas. Il faut se garder de pincer la voie biliaire principale : dans un cas de SUTTER où le confluent était étiré en V vers le bas, lors de la ligature du cystique, le cholédoque fut également saisi; l'évolution fut fatale.

S'il y a une nette réaction péritonéale, il est bon de drainer.

Ces malades, qui sont habituellement des vieillards débiles, demandent à être surveillés de très près après l'intervention.

Lucien LÉGER conseille de secourir surtout le foie et le rein par des injections d'extrait hépatique, de glucose insuline, de sérum hypertonique.

CONCLUSIONS

De cette étude, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

I. — Le volvulus de la vésicule biliaire est un accident très rare (moins de cent cas publiés à l'heure actuelle).

II. — Il y a deux grands types de volvulus : le volvulus total dans lequel la vésicule se tord autour de son pédicule, et le volvulus partiel où le fond de la vésicule se tord sur le corps.

III. — La liberté absolue de la vésicule « appendue comme un fruit à son pédicule » est une condition indispensable pour que puisse se produire le volvulus total de cet organe. Le volvulus partiel, exige, pour se produire, une grosse vésicule dont le fond, libre, déborde l'échancrure cystique du bord antérieur du foie.

IV. — Les femmes âgées sont atteintes avec prédilection, la maigreur, la flaccidité de la sangle musculaire abdominale et la ptose viscérale qui en résulte étant des éléments prédisposants.

V. — Les éléments majeurs du tableau clinique typique sont : une douleur abdominale violente ayant débuté brusquement, siégeant dans la région de l'hypocondre droit, peu modifiée par la morphine; des vomissements abondants, l'arrêt des matières et des gaz, une température aux environs de 38°, un pouls accéléré; la

palpation révèle au niveau de la région vésiculaire l'existence d'une contracture pariétale plus ou moins nette, mais surtout une tuméfaction arrondie, tendue, très douloureuse, mobile avec la respiration.

VI. — Les formes cliniques le plus fréquemment observées sont :

— d'après les symptômes : la forme pseudo-péritonéale et la forme pseudo-occlusive.

— d'après le mode évolutif : la forme aiguë et la forme subaiguë.

VII. — L'évolution de la forme aiguë typique non opérée est variable : ou bien elle tourne court pour se reproduire ultérieurement (détorsion spontanée possible), ou bien elle évolue plus ou moins rapidement vers la nécrose de la vésicule et la mort. Opéré, le volvulus de la vésicule est, en général, d'un pronostic favorable.

VIII. — Le diagnostic est difficile à porter avant l'intervention. On devra s'efforcer de réunir les éléments du tableau clinique que nous venons de décrire, et d'éliminer en particulier les autres affections susceptibles de déterminer un syndrome abdominal aigu (coliques hépatiques et néphrétiques, appendicite aiguë, perforation de la vésicule, de l'estomac, du duodénum, étranglement herniaire, torsion d'un kyste de l'ovaire).

IX. — Le traitement est uniquement chirurgical : c'est la cholécystectomie qui doit être pratiquée d'urgence.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
BROCQ

Vu et Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

Ackermann. — Torsion de la Vésicule biliaire (*Arch. für Klin. Chir.* Berlin., vol. 181, fasc. 2, 12 nov. 1934).

Arthur. — Torsion aiguë de la Vésicule biliaire (*Brit. Med. Journ.* Londres., n° 3.996, 7 août 1937).

Badolle. — Volvulus de la vésicule biliaire. (*Soc. Chir.* Lyon., 26 nov. 1936).

Barber. — Torsion aiguë de la vésicule biliaire. (*Brit. Med. Journ.*, Londres, n° 4.121, 30 déc. 1939).

Berry. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Journ. of americ. med. assoc.*, Chicago, vol. 112, n° 16, 22 avril 1939).

Blanchot et Dulong. — Volvulus de la vésicule. (*Journ. méd.*, Bordeaux et S. O. an. 120, n° 15-16, 15-30 août).

Brocq. — Volvulus de la vésicule biliaire. Cholécystectomie. Guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. Chir.*, t. LVII, n° 8, 7 mars 1931).

— Volvulus de la vésicule biliaire. (*Presse Méd.*, an XXXIX, n° 53, 4 juillet 1931).

Busch. — La torsion de la vésicule biliaire. (*Münch. Med. Woch.*, 1927, n° 26).

Callissano. — Rétention de la vésicule biliaire par torsion partielle. (*Minerva Medica*, an. XXII, vol. II, n° 36, 8 sept. 1931).

Clavel. — Volvulus de la vésicule biliaire. (*Soc. Chir.*, Lyon, 21 janv. 1943).

Costantini. — Torsion suraiguë de la vésicule biliaire. (*Policlinico* [sezchir], 1930, p. 149).

Cuervo et Cuervo. — A propos de deux cas de volvulus biliaire chez des enfants. (*Arch. de la Société de Estud. Clin. de la Habana*, T. 33, n° 5, mai 1939).

Dabadié. — Volvulus de la vésicule biliaire chez un enfant de treize ans. (*Journ. Méd. Bordeaux et S.-O.*, an. 123, n° 15-16, août 1946).

Daraignez. — Volvulus de la vésicule biliaire. (*Soc. Nat. Chir.*, 1926).

Daux. — Le volvulus de la vésicule biliaire. (*Thèse*, Paris, 1924).

De Harven et Loutte. — Deux cas de volvulus de la vésicule biliaire. (*Soc. Belge de Chir.*, 29 avril 1933).

Feldmann. — Torsion du col de la vésicule biliaire hydropique (in *Journ. de Chir.*, t. XXIX, p. 615).

Fifield. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Brit. Med. Journ.*, 1925).

Fischer. — Nouveau cas de torsion de la vésicule biliaire. (*Berlin. Klin. Woch.*, 26 septembre 1910).

Frey. — Volvulus de la vésicule biliaire. (*Zentral. f. Chir.*, Leipzig, an. 66, n° 10, 11 mars 1939).

Gill. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Brit. Journ. of Médic. Science*, Dublin, 6e série, n° 98, février 1934).

Gowland. — Volvulus aigu de la vésicule biliaire. (*Canad. Medic. Assoc. Journ.*, Toronto, vol. 54, n° 5, mai 1946).

Hall. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Brit. Méd. Journ.*, 1944, 2, 150).

Herfarth. — Syndrome de calculose biliaire produit par torsion du corps de la vésicule biliaire. (*Zentral. f. Chir.*, Leipzig, an. LIX, n° 38, 17 septembre 1932).

High Lett. — Torsion de la vésicule biliaire. (*The Lancet*, 17 avril 1909, p. 1099).

Jenckel. — Volvulus et gangrène de la vésicule biliaire. (*Deutsch. Zeit. f. Chir.*, 1926).

Jonas. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Brit. Med. Journ.*, 16 juin 1923, p. 1016).

Kettner. — Torsion complète de la vésicule biliaire. (*Zentr. f. Chir.*, 1930).

LATARJET. — Variété rare de volvulus de la vésicule biliaire. (*Acad. de Chir.*, 12 janvier 1944, rapp. de M. SOUPAULT).

LÉGER, DEBEYRE et MAZINGARBE. — Volvulus de la vésicule biliaire. (*Journ. de Chir.*, t. 61, n° 1-3, 1945, p. 21).

LERICHE. — Volvulus de la vésicule biliaire sans gangrène. Cholécystectomie. (*Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, t. LVIII, n° 22, 9 juillet 1932, p. 1045).

LUTAUD. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Bull. Soc. Chir. Paris*, 1924).

MAGNANT. — Volvulus de la vésicule biliaire opéré et guéri. (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. 69, n° 20-21, 23 juin 1943. Rapp. de M. SOUPAULT).

MARINACCI. — Torsion de la vésicule, hydropisie aiguë. (*Policlinico* [sez. prat.], 1926).

MASCHAS. — Sur un cas de volvulus incomplet de la vésicule biliaire. (*La Revue du Foie*, Paris, t. 4, n° 2, mars-avril 1945).

MASTROSIMONE. — Le mécanisme de torsion de la vésicule biliaire. (*Annali Ital. di Chir.*, Naples, vol. XIII, n° 4, 30 avril 1934).

MAZZARELLI. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Giorn. di Clin. Med.*, Parme, an. XV, fasc. 16-20, novembre 1933).

MEADE. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Irish Journal of Med. Science*, 1926).

MEDRI. — Un cas de torsion de la vésicule biliaire. (*Bollettino*, Milan, an. 10, fasc. I, 1936).

MURRAY. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Brit. Journ. of Surg.*, vol. 20, n° 80, avril 1933).

MÜHSAM. — Torsion du pédicule de la vésicule biliaire. (*Berliner Klin. Woch.*, 22 juin 1908).

SHIPLEY. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Arch. of Surgery*, vol. 14, n° 5, 1927).

SHORT et PAUL. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Brit. Journ. of Surgery*, Bristol, vol. 12, n° 86, octobre 1934).

SMOOK. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Nederl. Tijdsch. voor Geneesk.*, Amsterdam, an. 80, n° 7, 15 février 1936).

STRAUSS. — Volvulus de la vésicule biliaire. (*Beitr. zur. Klin. Chir.*, 1921, t. 122, p. 322).

SUGGIT. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Brit. Med. Journ.*, Londres, n° 3.879, 11 mai 1935).

SUTTER. — Torsion de la vésicule biliaire. (*Bruns Beitrage zur Klin. Chir.*).

VIGNOLI. — Volvulus de la vésicule biliaire. (*Soc. de Chir. de Marseille*, 22 octobre 1934).

WENDEL. — (*Annals of Surgery*, 1898, t. 17, p. 199).

PALLOTTI. — Sur un cas de volvulus de la vésicule biliaire. (*Bullet. del. Scienze Mediche*, an. CV, vol. I, série 11, fasc. 6, nov.-déc. 1933, p. 509).

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S